



**University of  
Zurich<sup>UZH</sup>**

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2011

---

## **Kognitive Verhaltenstherapie im höheren Lebensalter: Ein Überblick**

Forstmeier, Simon ; Mortby, M ; Maercker, Andreas

**Abstract:** Die kognitive Verhaltenstherapie hat seit der klinischen Anwendung psychologischer Lerntheorien ab den 1950er Jahren zwei weitere Entwicklungsschritte durchlebt. Als erstes wurde in der kognitiv-behavioralen Phase die Verhaltensmodifikation durch die Berücksichtigung kognitiver Prozesse wie Gedanken und Überzeugungen ergänzt. Schliesslich wurde in einer „dritten Welle“ dem Ziel, Verhalten und Gedanken zu verändern, das Ziel der achtsamen Akzeptanz inneren Erlebens zur Seite gestellt. Altersangemessene Modifikationen der behavioralen Behandlungsmethoden sind notwendig bei Angststörungen, Sozialkompetenz-Trainings sowie operanten Verfahren zum Aufbau angenehmer Aktivitäten und Selbstständigkeitsinterventionen. Häufige dysfunktionale Kognitionen Älterer lassen sich durch die Lebensrückblicksintervention, die sich gut zur Veränderung kognitiver Schemata eignet, beeinflussen. Achtsamkeitsbasierte Methoden sind relativ neu in der Alterspsychotherapie und beinhalten altersmodifizierte Achtsamkeitsübungen. Psychotherapeuten sollten sich in den altersspezifischen Interventionen weiterbilden.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-54864>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Forstmeier, Simon; Mortby, M; Maercker, Andreas (2011). Kognitive Verhaltenstherapie im höheren Lebensalter: Ein Überblick. *Psychotherapie im Alter*, 8(29):9-25.

# Kognitive Verhaltenstherapie im höheren Lebensalter: Ein Überblick

Simon Forstmeier, Moyra Mortby und Andreas Maercker (Zürich)

## Zusammenfassung

Die kognitive Verhaltenstherapie hat seit der klinischen Anwendung psychologischer Lerntheorien ab den 1950er Jahren zwei weitere Entwicklungsschritte durchlebt. Als erstes wurde in der kognitiv-behavioralen Phase die Verhaltensmodifikation durch die Berücksichtigung kognitiver Prozesse wie Gedanken und Überzeugungen ergänzt. Schliesslich wurde in einer „dritten Welle“ dem Ziel, Verhalten und Gedanken zu verändern, das Ziel der achtsamen Akzeptanz inneren Erlebens zur Seite gestellt. Altersangemessene Modifikationen der behavioralen Behandlungsmethoden sind notwendig bei Angststörungen, Sozialkompetenz-Trainings sowie operanten Verfahren zum Aufbau angenehmer Aktivitäten und Selbständigkeitsinterventionen. Häufige dysfunktionale Kognitionen Älterer lassen sich durch die Lebensrückblicksintervention, die sich gut zur Veränderung kognitiver Schemata eignet, beeinflussen. Achtsamkeitsbasierte Methoden sind relativ neu in der Alterspsychotherapie und beinhalten altersmodifizierte Achtsamkeitsübungen. Psychotherapeuten sollten sich in den altersspezifischen Interventionen weiterbilden.

**Stichworte:** Verhaltenstherapie, Lebensrückblicksintervention, Selbständigkeitsintervention, Depression, Angst

## Abstract: Cognitive Behavioural Therapy in old age: An overview

Cognitive behavioural therapy (CBT) has experienced two further developmental steps since the first clinical application of learning theories since the 1950<sup>th</sup>. In the cognitive-behavioural phase, the focus on behaviour modification was complemented by the consideration of cognitive processes. In the “third wave” of CBT, the goal of changing behaviour and thought was supplemented with the goal of mindfulness acceptance of inner experiences. Age-related modifications of behavioural, cognitive, and mindfulness-based approaches are needed in the treatment of anxiety disorders, training in social competence and in operant approaches to build pleasurable activities and independence interventions. Frequent dysfunctional cognitions of older people can be challenged by life review interventions. The use of mindfulness based

techniques in psychotherapy of old age is a relatively new development and comprises primarily mindfulness based exercises that have been adapted to the ability of elderly. Psychotherapists should be trained in age-specific interventions.

**Key words:** Behavioural therapy, life review interventions, independence interventions, depression, anxiety

## **Einleitung**

Seit der Anwendung psychologischer Lerntheorien ab den 1950er Jahren hat die Verhaltenstherapie eine beachtliche Entwicklung vollzogen. Während die erste Phase der Verhaltenstherapie mit der klinischen Umsetzung der klassischen und operanten Konditionierung ausschliesslich auf die Modifikation des Verhaltens ausgerichtet war, wurden in der zweiten, der kognitiv-behavioralen Phase, auch kognitive Prozesse wie Gedanken und Überzeugungen in das psychotherapeutische Vorgehen integriert. Sowohl die behavioralen als auch die kognitiven Behandlungsmethoden zielen sowohl im Verhalten als auch im Denken auf Veränderungen ab. In der dritten Welle der Verhaltenstherapie wird dem Ziel der Veränderung das Ziel der achtsamen Akzeptanz inneren Erlebens zur Seite gestellt (Heidenreich et al. 2007).

In diesem Artikel soll beleuchtet werden, wie die Behandlungsmethoden – die behavioralen, die kognitiven und die achtsamkeitsbasierten – der Verhaltenstherapie bei älteren Menschen bisher rezipiert wurden und welche Besonderheiten dabei zu beachten sind.

## **Behaviorale Behandlungsmethoden im Alter**

Behaviorale Techniken lassen sich in drei Hauptgruppen einteilen: Konfrontations- und Bewältigungstechniken sowie operante Verfahren.

### *Konfrontationsverfahren*

Im Zentrum dieser Verfahren steht die Auseinandersetzung mit äusseren Situationen, gedanklichen Prozessen und physiologischen Abläufen. Das klassische Anwendungsfeld für diese Methoden sind die verschiedenen Angst- und Belastungsfolgestörungen. Sie werden aber auch bei anderen Störungen wie Essstörungen und Abhängigkeit angewendet. Das gemeinsame Prinzip der

Konfrontationsverfahren ist, sich aktiv mit der belastenden Situation auseinanderzusetzen (in der Vorstellung oder Realität) und gleichzeitig das bisher übliche Vermeidungsverhalten zu verhindern (Reaktionsverhinderung). Zu den Konfrontationsverfahren gehören die systematische Desensibilisierung in sensu und in vivo<sup>1</sup> graduierte Reizkonfrontation sowie Flooding<sup>2</sup>,

Die Angstbehandlung bei älteren Patienten muss nicht modifiziert werden. Neben Bedingungsanalyse, Psychoedukation (z.B. „Teufelskreis-Modell“) und kognitiver Restrukturierung gehört ganz zentral auch die Reizkonfrontation, das Training sozialer Kompetenz sowie das Entspannungstraining dazu (Wisocki 2002).

In der Therapie älterer Angstpatienten ist eine erhöhte Dauer und reduzierte Intensität bei Desensibilisierung und Exposition notwendig. Wird älteren Patienten eine Entspannungstechnik beigebracht, sind etwa doppelt so viele Sitzungen einzuplanen als für jüngere Patienten. Wegen der schnelleren Ermüdung sollten kürzere Desensibilisierungszeiten durchgeführt werden (ca. 20-30 Minuten). Bei einem schwächeren Gesundheitszustand und insbesondere bei einem Risiko für kardiopulmonale Komplikationen sollte die Intensität der Exposition geringer sein. Das subjektive Angsterleben sollte dabei im mittleren Bereich bleiben und die systematische Desensibilisierung ist dem Flooding vorzuziehen.

Weiterhin wichtig – mehr als in anderen Lebensphasen – ist die Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzten, da im Alter von gleichzeitig vorliegenden körperlichen Erkrankungen auszugehen ist und körperliche Angstsymptome sich mit somatischen Krankheitssymptomen überlappen können. Insbesondere ist im Gespräch mit dem Arzt zu klären, welche Symptome über das für die körperliche Krankheit zu erwartende Ausmass hinausgehen.

### *Bewältigungsverfahren*

In den Bewältigungsverfahren soll der Patient lernen, mit belastenden Situationen und den damit verbundenen Emotionen umzugehen. Zu den häufigsten Bewältigungsverfahren gehört das Sozialkompetenz-Training, wie z.B. das weit verbreitete Gruppentraining sozialer Kompetenzen (Hinsch u. Pfingsten 2002). Im

---

<sup>1</sup> Also in der Vorstellung oder Realität

<sup>2</sup> Flooding (übersetzt mit Überfluten) besteht in der Konfrontation mit dem schlimmsten angstausslösenden Reiz zu Beginn der Behandlung (im Gegensatz zur langsamen Erhöhung des Schwierigkeitsgrades), wodurch eine vollständige Rückbildung der Angst erreicht werden kann.

deutschsprachigen Raum gibt es bereits einige Arbeiten, die die speziell für Ältere adaptierten Versionen des Sozialkompetenz-Trainings beschreiben. Im Depressionsprogramm für Ältere von Hautzinger (2000) sind zwei Sitzungen dafür vorgesehen. Werheid, Lieven und Kischkel (2011) haben dieses Programm weiter modifiziert, indem sie beispielsweise Videos mit Rollenmodellen, die über 65 Jahre alt sind, verwenden. Ein Gruppenprogramm, das für das gerontopsychiatrische stationäre und teilstationäre Setting entwickelt wurde, stammt von Stien und Adler (2007).

Die wichtigsten Besonderheiten von Sozialkompetenz-Trainings im Alter sind die folgenden Aspekte:

- Wenn ein solches Training mit Älteren im Gruppensetting durchgeführt wird, haben sich kleinere Gruppen (3-5 Personen) bewährt.
- Es sollten altersrelevante Themen bzw. Rollenspielsituationen ausgewählt werden (z.B. einen Angehörigen bitten aufzuräumen, ein Telefonat vertagen einen Vertreter abweisen, einen neuen Nachbarn ansprechen, die Bitte um Hilfe beim Zugausstieg äußern, ein Gedicht vorlesen, Klären von Nachbarschaftskonflikten (siehe Werheid et al. 2011, Stien u. Adler 2007)).
- Ältere Patienten haben häufig eine mangelnde Bereitschaft zur Durchführung von Rollenspielen, weil diese „nur etwas für junge Leute“ seien. Eine elegante Lösung besteht darin, Videos einzusetzen, die Rollenspiele mit älteren Personen zeigen (Werheid et al. 2011).
- Liegen kognitive Einschränkungen vor, müssen elaborierte Elemente des herkömmlichen Trainings vereinfacht werden. Beispielsweise ist die Diskrimination verschiedener Situationstypen (Recht durchsetzen, Beziehungskonflikte, Kontaktaufnahme) aufgrund von Schwierigkeiten bei der Abstrahierung und Kategorisierung erschwert. Zur Demonstration können Unterschiede per Video vermittelt werden, das praktische Üben steht aber dann im Vordergrund.
- Die im höheren Lebensalter auftretenden körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen schränken das Verhaltensrepertoire in sozialen Situationen manchmal tatsächlich ein (z.B. Seheinschränkung und kognitive Verlangsamung erzeugen gegenüber einem Vertreter Unterlegenheitsgefühle). Es ist wichtig, vorhandene soziale Kompetenzen und Selbstbestimmungsmöglichkeiten herauszuarbeiten, um der Überzeugung eines generellen Autonomieverlustes entgegenzuwirken.

- Beim normalen Altern verkleinern sich soziale Netzwerke, die wenigen sozialen Beziehungen bekommen aber eine größere emotionale Bedeutung. Daher geht es in der Therapie mit älteren Patienten häufig nicht um den Aufbau neuer sozialer Kontakte, sondern eher um deren Verbesserung bzw. Intensivierung.

### *Operante Verfahren*

Operante Verfahren gehen auf das Prinzip der operanten Konditionierung zurück und zielen darauf ab, erwünschtes Verhalten durch "Verstärkung" aufzubauen und unerwünschtes Verhalten durch "Bestrafung" zu reduzieren (Entzug von Belohnung). Anhand zweier Beispiele aus der Behandlung älterer Menschen sollen operante Verfahren näher beschrieben werden.

*Aufbau angenehmer Aktivitäten:* Sowohl in der Depressionstherapie Älterer (Hautzinger 2000) als auch in der Psychotherapie bei Frühdemenz (Forstmeier u. Maercker 2008) ist der Aufbau angenehmer Aktivitäten ein zentrales Therapieziel. Durch die körperlichen und kognitiven Verluste im Alter werden Patient und Therapeut vor die Problematik gestellt, dass einige potenziell angenehme Aktivitäten nicht mehr umsetzbar sind. Es ist empfehlenswert, eine altersangepasste Liste angenehmer Aktivitäten zu verwenden, die Aktivitäten beinhaltet, die oft und gerne von älteren Personen ausgeübt werden (siehe Anhang bei Forstmeier u. Maercker 2008). Während der Therapiephase, in der angenehme Aktivitäten aufgebaut werden, werden aber auch immer wieder Trauer und Abschiednehmen von geliebten Tätigkeiten und angestrebten Zielen thematisiert. Hier ist die Integration der Verfahren zur Förderung der Akzeptanz sinnvoll.

*Selbständigkeitsinterventionen:* Diese zielen daher darauf ab, Aktivitäten des täglichen Lebens („activities of daily living“, ADL) wie Körperpflege, Treppensteigen, Anziehen, Essen und komplexere Aktivitäten („instrumental ADL“, IADL) wie Einkaufen, Kochen, Haushaltsführung und Benutzung von Verkehrsmitteln zu trainieren (Zank 2002). Dabei kann es um die Verbesserung vorhandener Fähigkeiten gehen oder um die Kompensation beeinträchtigter Funktionen. Folgende Schritte sind wichtig:

1. Zielwahl: Die Zielauswahl sollte realistisch sein. Beispiele für Ziele sind „sich selbständig duschen“, „sich anziehen“ oder „sich rasieren“. Weitergehende Ziele

sollten in mehrere Teilschritte unterteilt werden, die dann schrittweise angestrebt werden.

2. Verstärkerwahl: Im Gespräch mit Patienten und Angehörigen bzw. Pflegepersonen werden angemessene Verstärker ausgewählt. Dabei kann es sich um verbale Verstärker handeln (**wie sich der Patient selbst loben kann** bzw. wie der Betreuer den Patienten loben kann), um angenehme Aktivitäten oder um materielle Verstärker.

3. Motivation: Um den Patienten weiter zu motivieren, soll gemeinsam mit ihm die positiven (kurz- und langfristigen) Folgen neuer Aktivitäten zusammengetragen werden. Positive Anreize sind z.B. das Erreichen des Gefühls der Kompetenz, die tatsächliche Zunahme von Fertigkeiten, Freude, Anerkennung von anderen und Eröffnung neuer Verhaltensmöglichkeiten.

4. Schrittweiser Aufbau des Zielverhaltens: Zum schrittweisen Aufbau des Zielverhaltens werden die operanten Verfahren des Shapings und Chainings verwendet. Beim Shaping werden zunächst erste Teilschritte verstärkt (z. B. in die Dusche steigen), dann die weiteren (z.B. einseifen, abduschen), bis das Zielverhalten erreicht ist. Beim Chaining beginnt der Therapeut beim letzten Element der Verhaltenskette und arbeitet sich langsam vor. Man hilft dem Patienten zunächst bei den Schritten, das Ziel zu erreichen, bis auf den letzten, dann bis auf den vorletzten usw.

5. Unterstützende Umwelt und Unterstützung der Durchführung: Neben der Unterstützung durch Angehörige oder Pflegepersonen können weitere unterstützende Umweltveränderungen den Verhaltensaufbau erleichtern. So kann man die Kleider bereitlegen, spezielle Bestecke zum Essen und spezielle Stühle verwenden. Auf dem Weg, das Ziel zu erreichen, sollte jeder Teilschritt nochmals kurz erläutert werden. Klare, kurze Anweisungen sind wichtig (prompting). Schwierige Teilschritte können vorgemacht werden. Auch kleinste Erfolge sollten verstärkt werden. Aus Misserfolgen wird die Schlussfolgerung gezogen, dass weitere leichte Zwischenschritte notwendig sind. Die gewählten Aktivitäten sollten möglichst täglich trainiert werden.

### **Kognitive Behandlungsmethoden im Alter**

In der kognitiven Therapie (Beck 1999) werden bei älteren Patienten im Prinzip dieselben Techniken verwendet wie bei jüngeren Patienten (Laidlaw et al. 2003). Dysfunktionale automatische Gedanken und Überzeugungen werden identifiziert und

infragegestellt (z. B. indem Belege für und gegen einen Gedanken gesammelt werden), funktionale, hilfreiche Gedanken werden entwickelt und eingeübt. Allerdings gibt es in dieser Altersgruppe typische dysfunktionale Kognitionen, deren Umgang gerade für junge Psychotherapeuten häufig **nicht einfach ist**. Auf diese soll im Folgenden näher eingegangen werden, ebenso wie auf die Lebensrückblicksintervention, eine speziell für diese Altersgruppe entwickelte Methode (Haight u. Webster 1995).

Sie führt ältere Menschen in Prozesse, in denen negative Erlebnisse der Vergangenheit akzeptiert werden können, die früher dysfunktionalen Kognitionen ausgelöst hatten oder sich verfestigt haben. Vergangene Erfahrungen werden nicht einfach nur erinnert, sondern aus der heutigen Perspektive und dem heutigen Wissen des Patienten mit Sinn und Bedeutung versehen. Dadurch ist eine Reinterpretation unbearbeiteter Erfahrungen und negativer Schlussfolgerungen möglich, wodurch dysfunktionale Überzeugungen in Frage gestellt werden.

#### *Typische dysfunktionale Kognitionen bei älteren Patienten*

*Negatives Alters-Stereotyp:* Ältere Patienten können äussern, dass „Alt werden eine schreckliche Sache“ ist. Wenn jüngere Therapeuten nicht reflektieren, dass dies ein verinnerlichtes, soziokulturell bedingtes, negatives Altersstereotyp ist, können sie sich dazu hinreissen lassen zu glauben, dass es eine realistische Einschätzung dieser schwierigen Lebensphase sei. Die Annahme, dass Altern notwendigerweise mit Verlust, Krankheit und Sinnlosigkeit verbunden sei, kann mit üblichen kognitiven Techniken hinterfragt werden. Denn diese Annahme ist Ursache für Leiden meist in Form einer depressiven Störung. Fatalerweise verhindert das negative Altersstereotyp sehr oft das Aufsuchen psychotherapeutischer Hilfe.

*Wahrnehmung einer eingeschränkten Lebenszeit:* Wenn depressive ältere Menschen daran denken, dass ihnen nur noch wenig Lebenszeit zur Verfügung steht, sind sie oft auch davon überzeugt, dass gar nicht genügend Zeit übrig ist, um an Veränderungen in einer Therapie zu arbeiten. Hoffnungslosigkeit und mangelnde Motivation ist dann die Folge. Hilfreich könnte sein zu diskutieren, dass man den Verlauf der Zukunft unmöglich kenne. Vielleicht kann auch hinterfragt werden, wie viele Jahre der Patient noch bereit ist, sein Unglück zu erdulden. Der Therapeut könnte fragen: „Nehmen wir an, sie leben noch drei Jahre oder mehr, würden Sie



diese Zeit gerne so leben, wie sie es jetzt tun? Wenn eine Änderung möglich wäre, ist es vielleicht wert, die nächsten Monate dazu zu verwenden, zu schauen, was noch möglich ist? Wenn sie Recht haben, haben sie nichts verloren, wenn aber nicht, dann gewinnen Sie auf jeden Fall.“ (nach Laidlaw et al. 2003).

*Ablehnen körperlicher Veränderungen:* Nicht selten lehnen Patienten körperliche Veränderungen ab, besonders stark ist die Ablehnung einer schwereren chronischen Erkrankung oder Behinderung. Dies kann sich auf verschiedene Arten zeigen, in Klagen über die Krankheit, im Hass auf den Körper, im Katastrophisieren („Das ist schrecklich, was mir da passiert!“) oder im Selbstmitleid. Ziel der Psychotherapie ist es, diese Haltung durch eine akzeptierende Einstellung zu ersetzen. Ausgangspunkt des Gesprächs sollte die Ermittlung des Symptoms oder des veränderten Körperteils sein, das dem Patienten zu schaffen macht. Patient und Therapeut gehen z.B. alle Körperteile durch mit der Frage, welche Stellen und Veränderungen der Patient nicht akzeptieren kann. Beispiele für die Erarbeitung funktionaler Kognitionen, sind Gedanken, die von den Patienten auch trainiert werden können:

- Ich habe keine Angst vor den Symptomen. Ich komme mit ihnen klar.
- Ich mag das nicht, aber ich kann das aushalten.
- Ich richte meine Aufmerksamkeit auf das, was in der Situation angenehm ist.
- Ich sage zu mir „Ärger dich nicht! Atme ein paar Mal tief durch!“
- Ich schenke den Stärken meines Körpers jetzt mehr Beachtung als den Schwächen.
- Ich genieße jetzt den Kontakt mit meinen Freunden und mit meiner Familie um mich herum.
- Ich bin geduldig mit mir selbst.
- Ich danke meinem Körper dafür, dass er sich so bemüht und einiges schafft.
- Ich mache langsam eins nach dem anderen, irgendwann ist es vollendet.

*Kognitive Umstrukturierung bei Demenz:* Auch in der Psychotherapie mit Patienten, die an einer Demenz in einem frühen Stadium leiden, können Strategien der kognitiven Restrukturierung eingesetzt werden. Am Anfang der Therapie geht es häufig darum, dass die Diagnose besser akzeptiert werden kann, im weiteren Verlauf sind depressiogene und aktivitätsbehindernde Kognitionen häufig zu bearbeiten. Das Einüben funktionaler Kognitionen im Sinne der kognitiven Therapie ist allerdings bei

kognitiv beeinträchtigten Demenzpatienten nur in begrenztem Masse sinnvoll. Patienten gehen recht unterschiedlich mit ihrer Krankheit bzw. mit der Diagnose „Demenz“ um. Manche werten sich global ab und reagieren mit Depressivität und Rückzug („Ich bin nutzlos“, „Es hat alles keinen Sinn mehr“, „Ich kann sowieso nichts ändern“). Andere verleugnen oder bagatellisieren die Diagnose und damit zusammenhängende Einschränkungen („Niemand darf mir etwas anmerken“, „Ich bin nur unkonzentriert, eigentlich fehlt mir nichts“). Patienten können darin unterstützt werden, ihre Erkrankungen zu akzeptieren, indem der Therapeut:

- die schlimmen Befürchtungen, welche Leiden die kommenden Krankheitsstadien bringen werden, mit realistischen Überlegungen entkatastrophisieren kann;
- ihm hilft, realistische, d.h. erreichbare Ziele und Erwartungen zu setzen, die ihn nicht überfordern;
- den Blick des Patienten auf die vorhandenen Kompetenzen und positiven Aspekte seines Lebens und auf seine Ressourcen richtet;
- mit dem Patienten das sinnvolle Nutzen der verbleibenden Möglichkeiten erarbeitet.

### *Lebensrückblickintervention*

Die Lebensrückblicksintervention kann dann in die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung integriert werden, wenn die Lebensbilanzierung und Sinnfindung zu den Kernthemen der Behandlung gemacht wird. Nach einem ausführlichen anamnestischen Gespräch zu jedem Lebensabschnitt wird versucht herauszuarbeiten, welche Lebensregeln (Schemata) das Erleben und Verhalten des Patienten in der jeweiligen Zeit geprägt hatte und ob diese Regeln heute noch sein Erleben und Verhalten beeinflussen. Hier wird eine strukturierte Vorgehensweise für traumatisierte Patienten vorgestellt (Maercker 2002, Maercker u. Zöllner 2002). Indiziert ist die Lebensrückblickintervention auch bei depressiven Störungen und bei komplizierter Trauer im Alter.

*Drei Ziele der Lebensrückblicksintervention:* Erstens wird die Erstellung einer ausgewogenen *Lebensbilanz* mit positiven und negativen Erinnerungen gefördert. Dann kann negativen Erlebnissen, auch Traumata, ein *Sinn* gegeben werden. Wenn ein Trauma erlebt wurde, sollen die *Erinnerungen daran durchgearbeitet* und zu einer erzählbaren Geschichte verarbeitet werden.

*Begründung für die Patienten:* Zunächst werden die Ziele und das konkrete Vorgehen mit den Patienten besprochen. Dann wird ihnen erläutert, dass zwischen 10 und 15 Sitzungen gebraucht werden, um wichtige Stationen des Lebens zu besprechen. Weiterhin werden sie gebeten, zu jeder Stunde passende persönliche Erinnerungsgegenstände (z. B. Fotos, Briefe, Tagebuchaufzeichnungen) mitzubringen.

*Ablauf der Sitzungen:* Jedes Lebensalter von der Kindheit, über die Jugend, das frühe und späte Erwachsenenalter bis zum jetzigen Alter wird jeweils in einer in sich abgeschlossenen Form in mindestens einer Sitzung besprochen. Falls traumatische Ereignisse erlebt wurden, wird diesen eine gesonderte Sitzung gewidmet. Diese wird im Sitzungsverlauf **vor der Sitzung eingeordnet, in der die Lebensphase Thema ist, in der**, in der das Ereignis geschehen ist

*Kindheit und Jugend:* Für die Kindheits- und Jugendzeit werden insgesamt mehr Stunden verwendet als für die darauf folgenden Lebensabschnitte. Wichtig ist es, sich nicht nur die Erinnerungen schildern zu lassen, sondern Reflexionen über die Erinnerungen anzuregen („Was hat das für Sie damals bedeutet?“).

*Erwachsenenalter:* Fragen, die zum Erwachsenenalter gestellt werden können, sind z.B. „In welche Abschnitte können Sie Ihr Leben einteilen? Gab es bestimmte Phasen, die einen abgeschlossenen Lebensabschnitt darstellen? Wie waren Sie damals? Worauf legten Sie Wert? Was war Ihnen wichtig? Was waren Ihre Stärken? Hatten Sie Freude an Ihrer Arbeit? Welche Bedeutung hatte diese Tätigkeit für Sie?“

*Trauma bzw. Verlusterlebnis:* Der Therapeut gibt zu verstehen, dass er weiss, wie schwierig es sein kann, sich in grosser Ausführlichkeit mit einem schrecklichen Erlebnis auseinanderzusetzen. Die existentielle Schwere des Traumas wird so durch den Therapeuten gewürdigt („Das muss eine ganz furchtbare Zeit für Sie gewesen sein“). Zum Abschluss der Sitzung wird gefragt, was sich durch das Überstehen des Traumas positiv verändert hat (z.B. „Haben sie festgestellt, dass sie etwas Positives aus dieser Lebenserfahrung gezogen haben?“). Falls auf die Frage verneinend geantwortet wird, kann die Fähigkeit, einen Abschluss zu finden, angesprochen

werden („Haben Sie einen Abschluss für sich selber finden können? Wie sieht dieser aus bzw. könnte dieser aussehen?“) Wichtig ist es, nach Besprechung des Traumas in den nachfolgenden Stunden die weiteren Lebensphasen zu besprechen. Damit wird implizit ein wesentliches Ziel des Lebensrückblicks unterstützt („Das Trauma ist nur einer der Teile des Lebens“).

*Abschluss der Therapie:* Schliesslich werden die Patienten angeregt, ihre Erlebnisse (wiederholt) zu bewerten, um sie so in ihr Leben zu integrieren (z. B. „Wir haben nun eine Weile über Ihr Leben gesprochen. Berichten Sie doch jetzt über Ihre persönliche Entwicklung, über das, was Sie im Leben dazugelernt haben! Was würden Sie als die drei wichtigsten Dinge in Ihrem Leben bezeichnen? Warum? Was würden Sie ändern, besser machen, unverändert lassen? Was sind heute die wichtigsten Dinge in Ihrem Leben?“). Ergänzend kann man im Laufe oder nach Abschluss der Therapie den Patienten beauftragen, seine Biografie aufzuschreiben.

### **Achtsamkeitsbasierte Behandlungsmethoden im Alter**

Die zwei prominentesten Ansätze innerhalb der dritten Welle der Verhaltenstherapie sind die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie; Segal et al. 2008) und die Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes et al. 2004). Hier wird ein Schwerpunkt auf MBCT gelegt

.

#### *Achtsamkeitsübungen*

Die Interventionen beruhen auf einem Rückfallmodell der Depression (Segal et al. 2008), das automatisierte kognitiv-affektive Abläufe ins Zentrum stellt. Beim MBCT ist das Trainieren von Achtsamkeitsübungen zentral, die auf Übungen aus der Mindfulness-Bases Stress Reduction (MBSR, Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion; Kabat-Zinn 2001) zurückgreifen. Achtsamkeit kann definiert werden als die absichtsvolle und nichtwertende Wahrnehmung des augenblicklichen Momentes. Es werden formelle und informelle Achtsamkeitsübungen unterschieden.

*Formelle Übungen* sind dadurch gekennzeichnet, dass diese während eines festgelegten Zeitraums regelmässig durchgeführt werden, die ausschliesslich der Achtsamkeitsförderung dienen. Typische Übungen sind der Body-Scan und die Atemmeditation (Heidenreich et al. 2007). Beim Body-Scan werden einzelne

Körperteile nacheinander und zum Schluss der Körper als Ganzes achtsam wahrgenommen. Alle Empfindungen, die während der Übung auftreten (oder nicht auftreten) sollen, so gut es geht, nichtwertend und akzeptierend wahrgenommen werden. Bei der Atemmeditation wird das Ein- und Ausatmen möglichst achtsam wahrgenommen. Ein Abschweifen zu anderen Gedanken, Körperempfindungen oder anderen Gefühlen wird nicht zensiert, sondern bewusst wahrgenommen, um dann die Aufmerksamkeit wieder behutsam auf den Atem zurückzuführen.

*Informelle Übungen* beinhalten, dass Alltags- und Routinehandlungen, z.B. Waschen, Duschen, Treppensteigen, Essen oder Zähneputzen achtsam durchgeführt werden (Segal et al. 2008).

Obwohl die MBCT sehr beachtet wird und großes Forschungsinteresse gewonnen hat, wird es bisher bei älteren Menschen nur wenig angewendet. Die bisherigen Erfahrungen, die bei Älteren mit der MBCT (Smith 2004) sowie der MBSR (Ernst et al. 2008; Morone et al. 2008) gewonnen wurden, werden hier zusammengefasst: Smith (2004) adaptierte die MBCT für ältere Patienten und konzipierte einen achtwöchigen Kurs. Die Patienten lernen, täglich Achtsamkeitsübungen durchzuführen. Dazu gehören der bereits beschriebene Body-Scan, die sitzende Meditation, das meditative Gehen und die achtsame Bewegung. Neben den Achtsamkeitsübungen setzte er auch kognitiv-behaviorale Verfahren ein. Es werden dabei die selben grundlegenden Techniken wie bei Segal et al. (2008) eingesetzt, jedoch wird eine Anpassung an die körperlichen und kognitiven Schwächen im Alter empfohlen:

- Die Sitzungszeiten werden gekürzt. Therapien über den ganzen Tag werden gar nicht angewendet, stattdessen werden acht Sitzungen zu je zwei Stunden durchgeführt.
- Schwer depressive Patienten sollten eine reine KVT-Behandlung erhalten.
- Bei der Durchführung der Achtsamkeitsübungen ist darauf zu achten, dass die dabei durchgeführten Bewegungen und Dehnungen nicht zu extrem sind. Da bereits die ursprünglichen Übungen an die körperlichen Fähigkeiten von Schmerzpatienten angepasst werden sollten, sind nur minimale Änderungen notwendig.
- Bei Personen, die beim Liegen, Stehen oder Gehen beeinträchtigt sind, werden die Übungen verkürzt durchgeführt. Beispielsweise kann das langsame, meditative Gehen für ältere Menschen wegen mangelnder Stabilität und erhöhter Sturzgefahr zu schwer. Dennoch soll auf das meditative Gehen nicht gänzlich verzichtet werden, weil es zur Übung der Achtsamkeit besonders effektiv ist.

Die MBCT hat gegenüber der herkömmlichen KVT mehrere Vorteile. Ältere Menschen sind dem Konzept der Achtsamkeit gegenüber offener als anderen Konzepten der KVT. Das soziale Stigma der Psychotherapie wird durch den körperbetonten Charakter umgegangen, obwohl psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird. MBCT hat durch die Meditation auch den Charakter religiöser Übungen, was der besonderen Bedeutung von Spiritualität und Religion in dieser Generation entgegenkommt. Schliesslich haben ältere Menschen mehr Zeit als jüngere, die Übungen täglich zu praktizieren.

Positive Effekte der MBCT bei Älteren (Smith 2004) bestehen in einer reduzierten Grübelneigung, einer verbesserten Akzeptanz von Ereignissen, einer Vermehrung positiver Affekte und einer Erhöhung des Durchsetzungsvermögens und der Wertschätzung der eigenen Person, einhergehend mit dem Erleben von Entspannung, besserem Schlaf und mehr Energie bei einer geringeren Anfälligkeit für saisonale Stimmungsveränderungen.

Ein für Menschen im Pflegeheim adaptiertes Verfahren, das nur angeleitete Übungen beinhaltete, führte zu einer signifikanten Reduktion der Depressivität und einer Verbesserung der körperlichen Gesundheit, jedoch nicht zu einer Verbesserung von Lebenszufriedenheit und Schmerzempfinden (Ernst et al. 2008). Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe verbesserten sich Patienten mit Rückenschmerzen, die mit einem MBSR-Programm behandelt wurden, stärker hinsichtlich Schmerzerleben und körperlicher Gesundheit (Morone et al. 2008).

### *Verwendung von Metaphern*

In der ACT (Hayes et al. 2004) werden Metaphern verwendet, um ein andere Sicht der Krankheit und Behinderung anzubieten. Eine Reihe von Anregungen für Metaphern finden sich in Hayes et al. (2004). Die folgende Metapher eignet sich bei Patienten, die sich aufgrund des veränderten oder kranken Körpers als schwach, minderwertig oder zerfallend wahrnehmen (nach Sharoff 2004, 56).

*Sie können verschiedene Arten von Vorstellungen von sich selbst haben. Ich möchte Ihnen eine Art zeigen, wie Sie sich selbst sehen können. Sie sind wie ein grossartiges altes Gebäude, das viele Stürme von den Bewohnern abgehalten und schwierige Zeiten erlebt hat. Während das Haus an vielen Stellen grosse Schäden davongetragen hat, ist es aber immer noch fähig, seinen Bewohnern viele gute Jahre*

*zu schützen. Dies ist ein Gebäude mit Geschichte und einem besonderen Charme. Neue Häuser haben nicht das Aussehen grossartiger alter Gebäude.*

### **Altersbezogene Modifizierungen verhaltenstherapeutischer Techniken**

Wie diese Übersicht zeigt, können viele der etablierten KVT-Verfahren auch bei älteren Patienten eingesetzt werden. Zusätzlich gibt es einige Verfahren, die spezifisch für diese Altersgruppe entwickelt wurden, z.B. die beschriebene Lebensrückblicksintervention. Darüber hinaus müssen einige Interventionen zur Anwendung bei älteren Menschen modifiziert werden. Zu den Modifikationen des therapeutischen Vorgehens bei Älteren gehören (Näheres bei Forstmeier u. Maercker 2008):

- Ein bewusstes Fokussieren auf das Gesprächsthema ist häufig nötig.
- Verlangsamung des therapeutischen Vorgehens: klarer Sprechen, kleinere Schritte der Problemlösung, häufige Wiederholungen und Erhöhung der Sitzungszahl.
- Multimodale Instruktionen bevorzugen, z.B. durch visuelle Veranschaulichung und Förderung, dass sich die Patienten Notizen machen.
- Gedächtnishilfen einsetzen, z.B. Sitzungen auf Tonband oder Handouts mitgeben, schriftliche Hausaufgaben vereinbaren.
- Strategien des Aufmerksamkeitserhalts nutzen, z.B. verkürzte Sitzungen oder Pausen einschieben.
- Die Einstellung zur Psychotherapie muss überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden (z.B.: „Nur verrückte Leute gehen zum Therapeuten“ oder: „Ich werde passiv behandelt“).
- Unkonventionelle Settings akzeptieren, z.B. im Krankenhaus am Bett des Patienten, bei Hausbesuchen oder im Seniorenheim.
- Medizinisches Grundwissen und der Kontakt mit Ärzten sind von großer Wichtigkeit.
- Vorhandene Ressourcen und Kompetenzen explizit berücksichtigen.

Grundsätzlich ist die Haltung des (meist jüngeren) Therapeuten gegenüber dem älteren Patienten durch Respekt und Wertschätzung seiner Errungenschaften, seiner Lebenserfahrung und seiner Bewältigungserfolge schwieriger Ereignisse geprägt. Dies erleichtert es auch zu Beginn der Therapie, eine beidseitige Arbeitsbeziehung

aufzubauen, in der der Patient seine aktive Rolle einnimmt und den Therapeuten mit seinem Störungs- und Behandlungswissen ernst nimmt. Ein jüngerer Therapeut wird es lernen auszuhalten, wenn seine Kompetenz aufgrund seiner geringeren Lebenserfahrung hinterfragt wird. Wurde einmal eine Arbeitsbeziehung erfolgreich aufgenommen, so gibt es bei älteren Patienten deutlich weniger Therapieabbrüche als im jüngeren Lebensalter, weil die Therapiemotivation und das Engagement relativ stabil bleiben.

## **Schlussfolgerungen**

Die kognitive Verhaltenstherapie im Alter bezieht sich auf die etablierten behavioralen, kognitiven und achtsamkeitsbasierten Verfahren und modifiziert diese, um sie an die Besonderheiten dieser Altersgruppe (z. B. Multimorbidität, soziale Verluste, Fähigkeitseinschränkungen) anzupassen. Darüber hinaus ist die Entwicklung neuer Interventionformen notwendig. Die Lebensrückblicksintervention ist ein solches, spezifisch für die Alterspsychotherapie entwickeltes Verfahren, das gut in einen verhaltenstherapeutischen Gesamtbehandlungsplan integriert werden kann. Altersangepasste Modifikationen bestehender Methoden bestehen z.B. in Listen angenehmer Aktivitäten für Ältere und häufigere Reizexpositionen mit reduzierter Intensität. Verhaltenstherapeuten müssen sich auch mit anderen Störungen und Problemen, wie Fallangst und Demenz, die in jüngeren Altersgruppen nicht vorhanden sind, auseinandersetzen. (Forstmeier u. Maercker 2008). All diese Besonderheiten machen es notwendig, dass sich Verhaltenstherapeuten in altersspezifischen Interventionen weiterbilden, entweder selbständig durch Literaturstudium oder formalisiert in entsprechenden Weiterbildungen.

## **Literatur**

- Beck JS (1999) Praxis der Kognitiven Therapie. Weinheim (Beltz-PVU).
- Ernst S, Welke J, Heintze C, Gabriel R, Zöllner A, Kiehne S, Schwantes U, Esch T (2008) Effects of mindfulness-based stress reduction on quality of life in nursing home residents: a feasibility study. *Forschende Komplementärmedizin* 15: 74-81.
- Forstmeier S, Maercker A (2008) Probleme des Alterns. Band in der Reihe "Fortschritte der Psychotherapie". Göttingen (Hogrefe).
- Haight BK, Webster J (eds) (1995) The art and science of reminiscing: Theory, research, methods and applications. Washington DC (Taylor & Francis).
- Hautzinger M (2000) Depression im Alter. Weinheim (Beltz/PV).



- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (2004) Akzeptanz und Commitment Therapie: Ein erlebnisorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung. München (CIP-Medien).
- Heidenreich T, Michalak J, Eifert G (2007) Balance von Veränderungen und achtsamer Akzeptanz: Die dritte Welle der Verhaltenstherapie. *Psychoth Psychol Med* 57: 475-486.
- Hinsch R, Pfingsten U (2002) Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. 4 Aufl. Weinheim (PVU).
- Kabat-Zinn J (2001) Im Alltag Ruhe finden: Das umfassende praktische Meditationsprogramm. 4 Aufl. Freiburg (Herder).
- Laidlaw K, Thompson LW, Gallagher-Thompson D, Dick-Siskin L (2003) Cognitive behaviour therapy with older people. Wiley.
- Maercker A (Hg) (2002) Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin (Springer).
- Maercker A, Zöllner T (2002) Life-Review-Therapie als spezifische Form der Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen im Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 23: 213-226.
- Morone NE, Greco CM, Weiner DK (2008) Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *Pain* 134: 310-319.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD (2008) Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. Tübingen (DGVT-Verlag).
- Sharoff K (2004) Coping Skills Therapy for managing chronic and terminal illness. New York (Springer).
- Smith A (2004) Clinical uses of mindfulness training for older people. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 32: 423-430.
- Stien J, Adler G (2007) Trainingsprogramm zur Förderung der Sozialen Kompetenz bei altersdepressiven Patienten. *Psychiatrische Praxis* 34: 145-149.
- Werheid K, Lieven S, Kischkel E (2011) Sozialkompetenztraining im höheren Lebensalter: Altersspezifität sozialer Problemsituationen. *Psychotherapie im Alter* 1
- Wisocki PA (2002) Angststörungen. In: Maercker A (Hg) Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin (Springer) 167-194.
- Zank S (2002) Selbstständigkeitsinterventionen. In: Maercker A (Hg) Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin (Springer) 319-339.

#### Korrespondenzadresse

Dr. Simon Forstmeier

Universität Zürich

Psychologisches Institut, Psychopathologie und Klinische Intervention

Binzmühlestr. 14/17

CH - 8050 Zürich

Email: s.forstmeier@psychologie.uzh.ch

Simon Forstmeier

Geboren 1973. 1994-2001 Studium der Psychologie in Darmstadt und Warwick (UK). Mehrjährige Tätigkeit in einer Psychosomatischen Klinik. 2004 Promotion an der Universität Trier. 2005 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten. 2005 wissenschaftlicher Assistent an der Universität Trier. Seit 2006 Oberassistent an der Universität Zürich, Lehrstuhl Psychopathologie und Klinische Intervention. Koordinator der Spezialambulatorien für Psychotherapie und Begutachtung des Lehrstuhls. Forschungsschwerpunkte: Klinische Gerontopsychologie und Alterspsychotherapie; motivationale und volitionale Prozesse in der Psychotherapie.

Andreas Maercker

Geboren 1960. Studium der Medizin und Psychologie in Halle/Saale und Berlin. Medizinische Dissertation 1986 an der Humboldt-Universität Berlin. 1986-89 Assistenzarzt für Psychiatrie und Psychotherapie. 1989-92 Forschungsstipendiat am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung Berlin. 1992-98 Oberassistent an der TU Dresden. 1994 Aufenthalt an der UCSF Dept. of Psychiatry. Psychologische Dissertation 1995 an der FU Berlin im Bereich der Gerontopsychologie. 1998 Habilitation an der TU Dresden im Bereich Traumafolgen. 1998-2001 Leiter der Institutsambulanz für Psychotherapie. 2001 außerplanmäßiger Professor TU Dresden. 2002-04 Arbeitsgruppenleiter an der Universität Zürich. 2004 Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Trier. Seit 2005 Ordinarius für Psychopathologie und Klinische Intervention an der Universität Zürich. Arbeitsgebiete: Psychotraumatologie, Klinische Gerontopsychologie, Psychotherapieforschung.